

Prot. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Spazio riservato all'ufficio

AL **COMUNE DI CAVALLINO-TREPORTI**

AREA ECONOMICO- FINANZIARIA  
PIAZZA PAPA GIOVANNI PAOLO II, 1 30013  
LOCALITA' CA' SAVIO (VE)  
Tel 041.2909703 – Fax 041. 5301039

[www.impostasoggiornoct.it](http://www.impostasoggiornoct.it)  
[impostasoggiorno@comunecavallinotreporti.it](mailto:impostasoggiorno@comunecavallinotreporti.it)

### IMPOSTA DI SOGGIORNO – RICHIESTA DI RIMBORSO

(Regolamento sull'imposta di soggiorno approvato con delibera del Consiglio Comunale n° 49 del 28 novembre 2011)

Anno \_\_\_\_\_

#### IL SOTTOSCRITTO

cognome e nome		
codice fiscale		
luogo di nascita	data di nascita	
residente (indirizzo)		
recapiti tel.	Fax	e-mail
in qualità di rappresentante legale della società		
codice fiscale / partita IVA	sede legale	
con riferimento alla struttura ricettiva	ubicata in	
classificazione alberghiera	tipologia extralberghiera	

#### DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. n.445/2000)

CHE NEL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_ HA EFFETTUATO UN VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

- DI € \_\_\_\_\_ IN PIU' DI QUANTO DOVUTO
- DI € \_\_\_\_\_ IN MENO DI QUANTO DOVUTO

Motivo dell'errore: \_\_\_\_\_

PERTANTO CHIEDE

IL RIMBORSO DI EURO \_\_\_\_\_ MEDIANTE:

- ACCREDITAMENTO SUL CONTO CORRENTE:
- INTESTATO A \_\_\_\_\_
  - IBAN \_\_\_\_\_

OVVERO:

- EFFETTUERA' LA COMPENSAZIONE CON IL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA RELATIVA AL MESE DI \_\_\_\_\_

Cavallino-Treporti, \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**  
(ospite della struttura ricettiva)

**ALLEGATI: copia del documento di identità del dichiarante**